

	<b>ESM Client ID:</b>  ID de cliente de ESM:	<h2 style="margin: 0;">Intake Form</h2> <h3 style="margin: 0;">House of Correction</h3> <h2 style="margin: 10px 0;">Formulario de admisión</h2> <h3 style="margin: 0;">Cárcel</h3>	<b>ESM Release of Information:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  <b>Autorización para comunicar información de ESM:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Provider ID:</b>  ID del proveedor:		Enrollment Date:                    /                    / mm                    dd                    yyyy Fecha de admisión:                    /                    / mes                    día                    año

**ALL QUESTIONS MARKED WITH A ► MUST BE COMPLETED.**  
**TODAS LAS PREGUNTAS MARCASAS CON ► DEBEN CONTESTARSE.**

<b>1. First Name:</b>	<b>Middle Initial:</b>	<b>Last Name:</b>	<b>Suffix:</b>
<b>1. Primer Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sufijo:</b>
► <b>2. Highest Grade Completed:</b> ► <b>2. Nivel de educación más alto que ha completado:</b>			
<input type="checkbox"/> Not of school age <input type="checkbox"/> No está en edad escolar	<input type="checkbox"/> High school diploma/GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED	<input type="checkbox"/> College degree or higher <input type="checkbox"/> Título universitario o superior	<input type="checkbox"/> No formal education <input type="checkbox"/> Ninguna educación formal
<input type="checkbox"/> Some schooling, no high school <input type="checkbox"/> Algunos estudios primarios, no fue a la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Some college <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	<input type="checkbox"/> Other credential (degree, certificate) <input type="checkbox"/> Otra credencial (título, certificado)	<input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Some high school <input type="checkbox"/> Parte de la escuela secundaria ("high school")	<input type="checkbox"/> Associates degree <input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años		
► <b>3. Gender:</b> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> ► <b>3. Género:</b> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/>		► <b>4. Birth Date:</b> /                    / mm                    dd                    yyyy ► <b>4. Fecha de nacimiento:</b> /                    / mes                    día                    año	
► <b>5. SSN:</b> <span style="float: right;"><i>If unknown, enter 999999999</i></span> ► <b>5. Número de Seguro Social:</b> <span style="float: right;"><i>Si se desconoce, ingresar 999999999</i></span>			

**PERSONAL INFORMATION>ADDRESS**  
**INFORMACIÓN PERSONAL, DOMICILIO**

► <b>6a. Address Type:</b> Home <input type="checkbox"/> Near Homeless <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/>  ► <b>6a. Tipo de domicilio:</b> Casa <input type="checkbox"/> Prácticamente sin hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/>	<p style="color: red; font-size: small;">Refers to address type and address PRIOR to incarceration. Please refer to the "Address Type Decision Tree" in the HOC Intake Manual to determine Address Type.</p> <p style="color: red; font-size: small;">Se refiere al tipo de dirección y a la dirección ANTES del encarcelamiento. Favor de referirse al "A la guía para establecer dirección" en el Manual de Admisión a cárceles para determinar el tipo de dirección.</p>
<p style="font-size: x-small;">If Address Type is "Homeless", only enter the city/town and zip code where client is usually homeless. Do not use the Institution's city/town/zip. Si el tipo de domicilio es "Sin hogar", ingresar sólo ciudad o pueblo y código postal donde el cliente generalmente vive. No utilice la ciudad, pueblo y código postal de la Institución.</p>	
▽ Street Address: ▽ Dirección:	Unit: Unidad:
► City/Town: ► Ciudad/Pueblo:	► State: ► Estado:
	► Zip code: ► Código postal:
► <b>6b. Is this your Primary Address? Yes</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
► <b>6b. ¿Es esta su dirección principal? Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	

**ALTERNATIVE NAME Section**

**Sección de NOMBRE ALTERNATIVO**

<b>If client has an alternative name, complete the following:</b>		
<b>Si el cliente tiene un nombre alternativo, complete lo siguiente:</b>		
<b>7a. First Name:</b>	<b>Middle Initial:</b>	<b>Last Name:</b>
<b>7a. Primer Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Apellido:</b>
<b>7b. Name Type:</b>	Alias <input type="checkbox"/> Nickname <input type="checkbox"/> Known by <input type="checkbox"/> Married Name <input type="checkbox"/> Maiden Name <input type="checkbox"/> Name at Birth <input type="checkbox"/> Prior Marriage Name <input type="checkbox"/>	
<b>7b. Tipo de nombre:</b>	Alias <input type="checkbox"/> Apodo <input type="checkbox"/> Conocido como <input type="checkbox"/> Nombre de casado(a) <input type="checkbox"/> Nombre de soltero(a) <input type="checkbox"/> Nombre al nacer <input type="checkbox"/>	
	Nombre de matrimonio anterior <input type="checkbox"/>	

**DEMOGRAPHICS>CULTURAL CHARACTERISTICS**

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS CULTURALES**

<b>▶ 8a. Are you Spanish/ Hispanic/Latino?</b>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>▶ 8a. ¿Es usted hispano o latino?</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

<i>If 'yes' to Question 8a, complete Question 8b.</i>	<i>If 'no' to Question 8a, go to Question 9</i>
<i>Si contestó que sí a la pregunta 8a, complete la pregunta 8b.</i>	<i>Si contestó que no a la pregunta 8a, pase a la pregunta 9.</i>

**8b. Which of the following ethnicities best describes you?**  
**8b. ¿Cuál de las siguientes etnias lo(a) describe mejor?**

<input type="checkbox"/> Central American Centroamericano	<input type="checkbox"/> Mexican, Mexican American, Chicano Mexicano, Mexicano Americano, Chicano	<input type="checkbox"/> South American Sudamericano
<input type="checkbox"/> Cuban Cubano	<input type="checkbox"/> Puerto Rican Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Unknown No se sabe
<input type="checkbox"/> Dominican Dominicano	<input type="checkbox"/> Salvadoran Salvadoreño	<input type="checkbox"/> Other, specify _____ Otra, especificar

*If 'no' to Question 8a, Select one from below*  
*Si contestó que no a la pregunta 8a, seleccione una de las siguientes*

**9. What is your primary Ethnicity/Ancestry? (select one only)**  
**9. ¿Cuál es su etnia o ascendencia primaria? (seleccione sólo una)**

<input type="checkbox"/> African Africano	<input type="checkbox"/> Chinese Chino	<input type="checkbox"/> Latin American Indian Indígena de América Latina
<input type="checkbox"/> African American Afroamericano	<input type="checkbox"/> Eastern European Europa Oriental	<input type="checkbox"/> Middle Eastern Del Oriente Medio
<input type="checkbox"/> American Americano	<input type="checkbox"/> European Europeo	<input type="checkbox"/> Portuguese Portugués
<input type="checkbox"/> Asian Indian Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Filipino Filipino	<input type="checkbox"/> Russian Ruso
<input type="checkbox"/> Brazilian Brasileño	<input type="checkbox"/> Haitian Haitiano	<input type="checkbox"/> Thai Tailandés
<input type="checkbox"/> Cambodian Camboyano	<input type="checkbox"/> Japanese Japonés	<input type="checkbox"/> Vietnamese Vietnamita
<input type="checkbox"/> Cape Verdean Caboverdiano	<input type="checkbox"/> Korean Coreano	<input type="checkbox"/> Unknown Desconocido
<input type="checkbox"/> Caribbean Islander de las islas del Caribe	<input type="checkbox"/> Laotian Laosiano	<input type="checkbox"/> Other ,specify _____ Otra, especificar

▶ <b>10. What is your race?</b> (check all that apply)		
▶ <b>10. ¿Cuál es su raza?</b> (marque todos los que correspondan)		
_____ American Indian/Alaskan Indian Nativo de Alaska	_____ Native Hawaiian or Pacific Islander Nativo de Hawai o las Islas del Pacífico	_____ Unknown Desconocido
_____ Asian Asiático	_____ White Blanco	_____ Refused Se niega a contestar
_____ Black, African American Negro, Afroamericano	_____ Other, specify: _____ Otra, especifique: _____	
▶ <b>11. In what language do you prefer to read or discuss health related materials?</b>		
▶ <b>11. ¿En qué idioma prefiere leer o comentar materiales relacionados con la salud?</b>		
_____ American Sign Language Lenguaje de señas americano (ASL)	_____ Haitian Creole Criollo haitiano	_____ Russian Ruso
_____ Cambodian (Khmer) Camboyano (Khmer)	_____ Hmong Hmong	_____ Spanish Español
_____ Cape Verdean Creole Criollo de Cabo Verde	_____ Korean Coreano	_____ Vietnamese Vietnamita
_____ Chinese Chino	_____ Laotian Laosiano	_____ Other, specify _____ Otro, especifique _____
_____ English Inglés	_____ Portuguese Portugués	

**HOUSEHOLD CHARACTERISTICS Section**  
**Sección de CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR**

▶ <b>12. Number of Adults in Household:</b>	<input type="text" value="1"/>
▶ <b>12. Número de adultos en el hogar:</b>	<input type="text" value="1"/>
▶ <b>13. Number of Children Living in Household:</b>	<input type="text" value="0"/>
▶ <b>13. Número de niños que viven en su hogar:</b>	<input type="text" value="0"/>
▶ <b>14. Client Income: \$</b>	<input type="text" value="0"/>
▶ <b>14. Ingresos del cliente: \$</b>	<input type="text" value="0"/>
▶ <b>15. Marital Status:</b> <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Significant Partnership Rlat.	
▶ <b>15. Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Relación de pareja	

**INSURANCE Section** (Data Entry: To get to Insurance Section, Return to Face Sheet and select Insurance link on left side of screen.)  
**Sección de SEGUROS** (Ingreso de datos: Para llegar a la sección de Seguros, volver a la primera página y seleccionar el enlace a Seguro en la parte izquierda de la pantalla).

▶ <b>16. Insurance Type:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Uninsured
▶ <b>16. Tipo de seguro:</b> <input checked="" type="checkbox"/> No asegurado
▶ <b>17. Is this your Primary Insurance?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Yes
▶ <b>17. ¿Es este su seguro principal?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sí